

○ 請求者ご本人が山崎製パン健康保険組合の資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産である場合は、
現在加入されている健康保険組合等から

○ 山崎製パン健康保険組合の被扶養者であるご家族の方が、前職での被保険者期間が1年以上あり、
資格を喪失されてから6ヵ月以内の出産である場合は、以前に加入されていた健康保険組合等から

下記の証明を受け「出産育児一時金請求書」に添付のうえご提出下さい。

ただし、国民健康保険に加入の場合は、保険証のコピーを添付して下さい。(不支給証明書は不要)

山崎製パン健康保険組合 御中

不支給証明書

請求者記入欄	保険証記号・番号	16	—					
	被保険者氏名							
	出産者氏名							
	出産年月日	令和	年	月	日			
	出産児氏名							
保 険 者 記 入 欄	出産者の扶養認定日 又は貴組合加入期間	年	月	日	～	年	月	日
	当健康保険組合では、上記の者の	出産育児一時金		を支給していないことを				
	証明します。	家族出産育児一時金		(該当する方を○で囲んで下さい。)				
								令和 年 月 日
	所在地							
	名称	Ⓜ						
	電話番号							
	(担当者氏名)						